

## 統合失調症患者の行動上の障害に対する家族の認知・対応行動・感情と精神的健康

## Families' cognition, coping and emotion towards schizophrenic patients' behavioral problems and mental health

阪本 路子 (Michiko Sakamoto)

指導：野村 忍

**目的** 統合失調症患者の家族では、負担の結果であると考えられる高い感情表出が患者の再発・再入院に関連があることが指摘されている。認知行動理論に基づいた心理教育を用いた家族への介入が行われてきたが、家族の負担の軽減に焦点を当てた介入は少なく、負担軽減のメカニズムは明らかにされていない。本研究では第1に患者の行動上の障害に対する家族の認知・対応行動・感情を測定する尺度を開発し、第2に家族の認知・対応行動・感情と精神的健康の特徴について検討し、家族の負担の構造や介入の方向性について検討することを目的とする。

## 調査1 認知・対応行動・感情尺度の開発

**方法と結果** 患者の行動上の問題に対する認知・対応行動・感情に関する質問を設け、家族6名（平均年齢63.50±3.15歳）に半構造化面接を実施した。会話データをKJ法（川喜田、1967）により分類し、認知28項目・対応行動20項目・感情19項目の尺度を得た。都内精神病院家族会・地域家族会所属家族74名（平均年齢64.22±7.92歳）を対象に本調査を実施した（回収率52.98%）。最小二乗法プロマックス回転を用い因子分析を行い因子負荷量.35以上の項目を抽出した。認知3因子（批判・無力感・受容）16項目、対応行動3因子（攻撃的・医療的・サポーター）16項目、感情1因子18項目の尺度構造が確認され、Cronbachの $\alpha=.71-.95$ の内的整合性が確認された。臨床心理士1名と医師2名により内容的妥当性が検討された。

## 調査2 患者の行動上の障害に対する認知・対応行動・感情と精神的健康の特徴

**方法** 都内精神病院家族会・地域家族会所属家族を対象に、①患者の社会生活技能のレベル（VAS）、②生活困難度（大島他、1994）、③日本版GHQ-28（中川・大坊、1985）、調査1にて作成した④家族の認知、⑤対応行動、⑥感情尺度を配布・回収した。有効回答は74名（平均年齢64.22±7.92歳、回収率52.98%）。

**結果** 患者の罹病期間と家族の生活困難度・批判的認知・無力感（ $r=.26-.36$ ）に関連が示された。患者の社会生活技

能レベルは、GHQ得点・批判的認知・無力感・攻撃的対応行動（ $r=.25-.37$ ）に関連が見られた。生活困難度とGHQ得点・批判的認知・無力感・攻撃的対応・医療的対応・感情（ $r=.50-.72$ ）の間に関連が見られた。受容とサポーターな働きかけ（ $r=.36$ ）は他の変数と関連のないことが示された。以上の結果から Lazarus & Folkman（1984）、Szmukler et al.（1966）を基に家族の精神的健康に関するモデルを作成し妥当性を検討した（Fig.1）。適合度を示す指標はGFI=.938、CFI=.978、RMSEA=.080であり妥当性が示された。

**総合考察** 生活困難度の精神的健康への影響性（ $\beta=.40$ 、 $R^2=.34$ ）は大きく、先行研究に沿って生活困難度を軽減すべく患者への介入を積極的に改善することが第一義であることが示された。一方家族のGHQ得点58.11%が臨界点を上回り、家族の精神的健康を支える重要性が示された。認知・行動・感情が精神的健康に与える影響（ $\beta=.25$ ）も示され、家族の精神的健康にとって望ましい認知・対応行動と、患者にとって望ましい認知・対応行動は一致しないことが示唆され、今後患者・家族両者にとって望ましい介入方法を検討する必要性が示された。また、主治医や医療機関へのニーズからは、「家族の悩みごとの相談」「本人の気持ちの説明」「接し方の説明」への要望が多いことが示された。本邦の家族心理教育では、教育的部分・対処技能部分・支持部分のうち教育部分に重点が置かれている（後藤、1998）が、より対処技能部分へ焦点を当てるのが家族の「無力感」などを低減させることにつながると示唆された。

